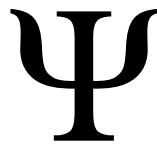




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Arbeid med forsvar og affekter i korttids dynamisk psykoterapi
En deskriptiv analyse med utgangspunkt i Leigh McCulloughs
behandlingsmodell*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Anna Melkeråen

Vår 2010

Veileder:

Geir Høstmark Nielsen

Forord

Jeg ønsker å takke Leigh McCullough for at jeg fikk delta på kursene knyttet til Process Mapping studien. Takk til både henne og de andre ved Forskningsinstituttet for den fine og lærerike tiden på Modum Bad.

Jeg vil også takke Geir Høstmark Nielsen som sa ja til å bistå meg med sin veiledning. Hans veiledning inspirerer, og fremmer selvstendig arbeid og tenkning. Takk for gode råd og oppmuntring under skriveprosessen.

Til slutt vil jeg rette en takk til de ansatte og medstudentene på Det psykologiske fakultet i Bergen. Takk for lærdom og gode minner.

Anna Melkeråen

April 2010, Bergen

Abstract

This descriptive analysis discusses defense and affect work in short-term dynamic psychotherapy (STDP), represented by Leigh McCullough's Affect Phobia Treatment (APT). The APT model defines "affect phobia" as an inner conflict around affect experiencing, and postulates that exposure to previously avoided feelings leads to improvement in mental health. The APT model is integrative, and the understanding of psychopathology is based on a psychodynamic theoretical foundation. David Malan's model of STDP and Silvan Tomkins' theoretical view of emotions are incorporated in APT. The focus on affect experiencing in APT requires a closer investigation of the function of feelings in therapy. Is it the therapist's provision of safety and empathy that leads to affect experiencing, or is it rather a result of the therapist's provocations? This research question is explored by close reading and analysis of McCullough's published texts, including case transcripts. Transference and countertransference is emphasised in the discussion as the patient's conflicts around affects takes place also within the therapeutic relationship. It is argued that feelings in therapy are evoked by both the therapist's provision of safety and by technical interventions and provocations.

Sammendrag

Denne deskriptive analysen omhandler arbeid med forsvar og affekter i korttids dynamisk psykoterapi, representert ved Leigh McCulloughs behandlingsmodell Affect Phobia Treatment (APT). APT-modellen benevner konflikt rundt indre affektopplevelse som ”affektfobi” og postulerer at bedring av mental helse forutsetter eksponering for tidligere unngåtte følelser. Modellen er integrativ, og psykopatologi forstås ut ifra et psykodynamisk teoretisk grunnlag. David Malans modell inkorporeres i APT-modellen, sammen med Silvan Tomkins syn på emosjoner. Fokuset på affektopplevelse i APT inviterer til nærmere undersøkelse av hva følelsene i terapi er et resultat av. Er det trygghet og empati som fører til affektopplevelse, eller er det snarere et resultat av terapeutens aktive fremprovosering? Spørsmålet blir søkt belyst gjennom nærlesing og analyse av McCulloughs tekster, innbefattet utdrag av kasusbeskrivelser. Fordi pasientens affektkonflikter utspiller seg i den terapeutiske relasjonen, vektlegges overføring og motoverføring i drøftningen. Det blir argumentert for at følelser i terapi blir aktivert både gjennom den trygge terapeutiske relasjonen og gjennom terapeutens aktive og målrettede intervensjoner.

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	II
Abstract	III
Sammendrag	IV
Innledning	1
Grunntrekk ved Affect Phobia Treatment	2
Hvilket teoretisk fundament er behandlingsmodellen bygget på?	4
Hvordan representere affektfobi i en psykodynamisk ramme?	5
Affekter og deres betydning	7
Silvan Tomkins emosjonsteori	8
Hvilke terapeutiske intervensjoner fremmer restrukturering av forsvar, og på hvilken måte bearbeides pasientens motstand?	11
Den terapeutiske holdning	11
“The real therapeutic relationship”	12
Terapeutiske intervensjoner i arbeidet med pasientens forsvar	15
Angstregulering	16
Identifisering av den unngåtte følelse	18
Hvordan bearbeide motstand for å oppgi forsvar?	19
Terapeutens rolle i bearbeidelse av motstand	20
Hvordan fremmer og opprettholder terapeuten pasientens affektoplevelse i terapitimen, og tas det høyde for motoverføringer?	21
Terapeutiske intervensjoner som fremmer affektoplevelse	22
Gradvis og håndterbar eksponering for følelser	22
Intervensjoner som fremmer affektoplevelse i terapi	24
Delt affektoplevelse	28
Diskusjon	30
Avsluttende bemerkninger	35
Referanser	37

Arbeid med forsvar og affekter i korttids dynamisk psykoterapi

En deskriptiv analyse med utgangspunkt i Leigh McCulloughs behandlingsmodell

Denne oppgaven handler om arbeidet med forsvar og affekter i korttids dynamisk psykoterapi (KDP). Den tar utgangspunkt i Leigh McCulloughs behandlingsmodell, kalt Affect Phobia Treatment (APT, 2003). Et sentralt postulat i denne modellen er at bedring forutsetter at pasienten blir eksponert for ikke-erkjente følelser. Spørsmålet er: *Hva er disse følelsene et resultat av? Er det atmosfæren av trygghet og empati fra terapeuten som gjør at pasienten lar sine følelser utfolde seg? Eller er følelsene snarere et resultat av terapeutens fremprovosering underveis i behandlingsforløpet?*

Problemstillingen vil bli drøftet på grunnlag av McCulloughs publiserte bøker, og drøftningen illustrert med transkripsjoner hentet fra hennes litteratur. Transkripsjonene vil bli presentert på originalspråket, slik at utdragene fra terapi bevarer sin opprinnelige form.

For å kunne gjøre en deskriptiv analyse av behandlingsmodellen, vil det være nødvendig å presentere dens teoretiske bakgrunn, hvordan pasientens intrapsyriske konflikt persiperes og hvilken emosjonsteori behandlingsmodellen bygger på. APT er en integrativ psykodynamisk behandlingsmodell med terapeutiske teknikker hentet fra kognitiv, behavioristisk, selvpsykologisk og gestaltterapeutisk tradisjon. Modellens behandlingsmål omhandler restrukturering av pasientens forsvar, affekter og hans eller hennes oppfattelse av sitt eget selv og av andre. Gjennom min analyse vil jeg søke å redegjøre for hvordan McCullough arbeider for å oppnå dette, med fokus på de to førstnevnte målene.

Den overordnede problemstillingen vil bli drøftet i forhold til følgende temaer:

- 1) Hvilket teoretisk fundament er behandlingsmodellen bygget på?

APT bygger sin forståelse av psykopatologi og emosjonenes plass i dette på et psykodynamisk teoretisk grunnlag. Dette vil det bli gjort rede for, ved å belyse teorier som

omhandler individets intrapsykiske konflikt (David Malan), samt Silvan Tomkins (1981) emosjonsteori.

- 2) Hvilke terapeutiske intervensjoner fremmer restrukturering av forsvar, og på hvilken måte bearbeides pasientens motstand?

De ulike grunnene til at pasienten opprettholder forsvar som hindrer adaptiv affektoplevelse kan være mange. Terapeutens intervensjoner for å bidra til endring i pasientens forsvarsstruktur vil bli belyst og diskutert.

- 3) Hvordan fremmer og opprettholder terapeuten pasientens affektoplevelse i terapitimen, og hvilken plass har terapeutens motoverføringer?

Det terapeutiske fokuset i APT er å eksponere pasienten for affektoplevelse når pasienten er klar for dette. Terapeutens mål er å tilrettelegge for affektoplevelse på et nivå som er håndterbart for pasienten. Dette gjøres gjennom ulike teknikker som vil bli presentert. Pasientens håndterbare nivå for affektoplevelse vil også diskuteres.

Grunntrekk ved Affect Phobia Treatment

Leigh McCulloughs Affect Phobia Treatment (APT), er basert på hypotesen om at konflikt omkring affekter, og unngåelse av affekter, er den underliggende årsaken til psykopatologi. Angst for eksterne stimuli som edderkopper, heiser eller sosiale situasjoner kan føre til fobi, men i APT-modellen blir det antatt at fobiske reaksjoner også kan oppstå som respons til *indre* konfliktladde stimuli som tanker, følelser og forestillinger. Disse unngåelsesreaksjonene mot indre følelser, ble observert i videoopptak av pasienter med både (DSM) akse I og akse II problematikk, og McCullough betegnet dette som en "affektfobi" (McCullough, 2003). I hennes korttidsmodell, er det derfor pasientens økende grad av affektoplevelse som ansees å akselerere terapiprosessen og føre til bedring. McCullough

betegner ”korttids” som en form psykoterapi hvor terapeuten a) er fokusert på spesifikke mål, b) er aktiv og involvert, og c) arbeider seg gjennom de terapeutiske målene på kortest mulig tid (McCullough Vaillant, 1997). Denne betegnelsen samsvarer med ett av kriteriene for hva som generelt kjennetegner korttids dynamisk psykoterapi (Critz- Christoph, 1991):

A focus for treatment is developed. In most cases, patients and their therapists define one or more major problems around which treatment will focus. In order to maintain a focus, therapists tend to be more active. In contrast, psychoanalysts let their patient's thoughts wander and allow them to discuss various unconnected issues, (s. 3).

McCulloughs fokus er pasientens affekter, og restrukturering av disse. Behandling som omhandler eksponering for følelser krever egostyrke, og det er formulert visse seleksjonskriterier for hvilke pasienter APT-modellen best egner seg for. Et enkelt målingsinstrument som brukes for å kartlegge pasientens kapasitet for denne behandlingen er ”Global Assessment of Functioning Scale” (GAF) (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976, gjengitt i McCullough & Andrews, 2001). Som en generell retningslinje, anses pasienter med GAF over 50 egnet for APT. Pasienter med GAF mellom 50 og 60 har en moderat form for belastning med følgende kjennetegn: 1) noen venner, men med konflikter i relasjonene og 2) evnen til å beholde sitt arbeid, men med konflikter og manglende tilfredsstillelse på jobb. Dette karakteriserte også gruppen av pasienter som deltok i Beth Israel klinikkens forsøk (Winston et al., 1991). Ovennevnte kjennetegn er også å finne ved lettere personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon, som APT-modellen først var tiltenkt for (McCullough & Andrews, 2001). For pasienter med GAF nivå under 50, inklusiv pasienter med manglende impulskontroll som spiseforstyrrelse, rusmisbruk og aggressive utbrudd, blir støtteterapi ansett som en mer passende behandling enn APT (McCullough & Andrews, 2001).

I McCulloughs formulering og bearbeidelse av affektfobi (McCullough, 2003) innbefattes følgende mål og delmål: 1) Forsvarsbearbeidelse: a) å fremme pasientens innsikt i egne defensive mønstre, og b) å fasilitere motivasjon hos pasienten til å oppgi disse. 2) Arbeid

med affekt: a) å eksponere pasienten for affektoplevelse i terapi, og b) å lære pasienten å uttrykke affekt utenfor terapirommet på en adaptiv måte. Det tredje og siste delmålet omhandler endring av pasientens indre representasjon av seg selv - og andre. For å kunne kvantifisere grad av oppnåelse for hvert delmål, har McCullough og medarbeidere utviklet Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS) (McCullough Vaillant, Meyer, & Cui, 1996, gjengitt i McCullough Vaillant, 1997).

Hvilket teoretisk fundament er behandlingsmodellen bygget på?

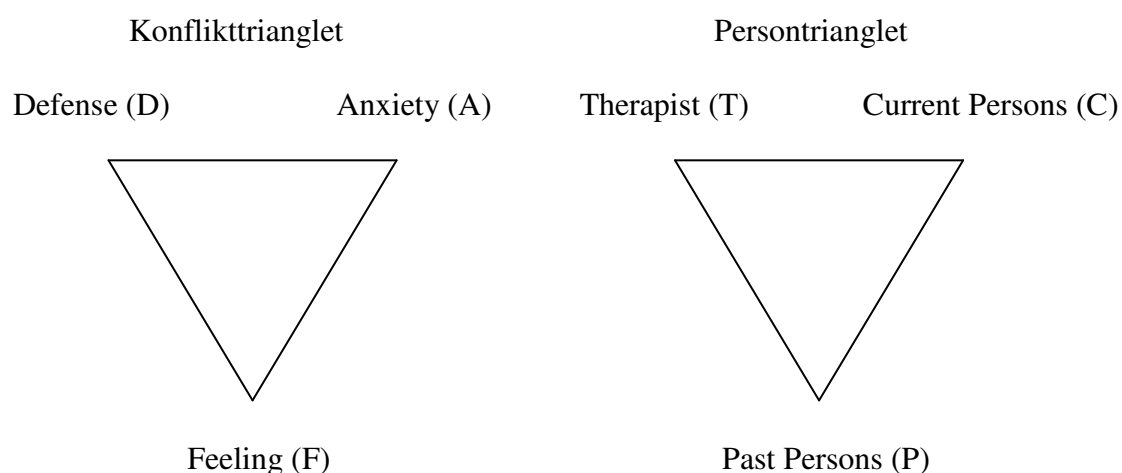
Som en ramme for de nevnte behandlingsmålene inkorporeres David Malans to dynamiske triangler i kasusformuleringen, betegnet som henholdsvis konflikttriangel og persontriangel (Malan & Osimo, 1992; McCullough Vaillant, 1997). Konflikttriangelen er hentet fra Freuds strukturteori og illustrerer den intrapsyriske konflikten omkring pasientens unngåtte affekter. Triangelen representerer pasientens defensive atferdsmønstre som blokkerer impulser eller følelser gjennom aktivisering av angst, skam eller smerte (McCullough Vaillant, 1997). De ulike adaptive følelsene som fokuseres er i hovedsak a) sorg b) sinne og c) affekter assosiert med tilknytning og nærhet til ens eget selv og andre (McCullough Vaillant, 1997). Når den naturlige lengselen etter nærende og beskyttende tilknytning ikke blir tilfredstilt, vekkes emosjoner som sorg og sinne. Barnets emosjonelle behov for å uttrykke seg, kan da enten bli ivaretatt eller neglisjert av omsorgsgiver. Et gråtende barn som blir fortalt at "bare svake gråter", kan oppleve inhiberende affekter knyttet til det å gråte foran andre. Emosjonsuttrykk som resulterer i negative interpersonlige konsekvenser, assosieres med opplevelsen av angst, skam og skyld (Malan & Della Selva, 2006) og antas å være opprinnelsen til utviklingen av maladaptive defensive mønstre senere i livet.

Mens konflikttriangelen representerer pasientens underliggende psykodynamiske konflikt, representerer persontriangelen relasjonene hvor konflikten utspilles. Persontriangelen viser

hvordan utålelige følelser, som har sitt utspring fra familierelasjoner fra fortiden, blir repetert i nåtidige (eller nylige) relasjoner og overføres til terapeuten i behandlingsforløpet (Malan & Osimo, 1992).

Hvordan representere affektfobi i en psykodynamisk ramme?

Pasienten som kommer til terapi, bringer med seg sin emosjonelle læringshistorie. I kasusformuleringen, og som arbeidshypotese, anvender APT-terapeuten Malans konflikt- og persontriangel for bedre å forstå pasientens presenterte problem. Pasientens tidligere negative erfaringer har ført til at adaptive, aktiverende og vitaliserende affekter blokkeres av inhiberende affekter som angst, skam, skyld og smerte. Den psykodynamiske konflikten som oppstår, senkes eller forhindres når pasienten tar i bruk sine defensive handlingsmønstre. På denne måten representerer trianglene det ”universelle prinsippet innen psykodynamisk psykoterapi”, da de illustrerer hvordan forsvar og angst blokkerer at sann følelse kan uttrykkes (McCullough, 2003).



Figur 1. Malans to triangler representerer det universelle prinsippet innen psykodynamisk psykoterapi.

Konflikttrianglet. Hjørnene, eller polene, i konflikttrianglet representerer de tre komponentene som er involvert i pasientens dynamiske konflikt. De er betegnet, og forkortet, henholdsvis som: "Defense Pole" (D), "Anxiety Pole" (A), og "Feeling Pole" (F) (se fig. 1) (McCullough, 2003).

"*Defense pole*" tilsvarer maladaptive og defensive responser som blokkerer konflikten mellom inhiberende og aktiverende følelser. Atferd, tanker og følelser inngår i forsvar, og kan i noen tilfeller bli brukt for adaptive formål, som blant annet å guide og kontrollere våre følelser (McCullough, 2003). Det er først når forsvaret i overdreven grad inhiberer de adaptive følelsene, ved for eksempel angst, skam, eller skyld, at forsvaret har en destruktiv effekt på individet. *Defensive affekter* kan også oppstå i terapi og inkluderes på forsvarspolen. Når pasienten viser aktiverende følelser, som for eksempel sinne, blir det viktig av terapeuten å skille om denne følelsen brukes på en maladaptiv defensiv eller adaptiv måte (McCullough, 2003).

"*Feeling pole*", også benevnt som *Impulse/Feeling pole (I/F)* (i McCullough Vaillant, 1997), representerer de aktiverende og adaptive affektene som motiverer individet til handling (McCullough, 2003). Opplevelse av disse underliggende følelsene antas å være sunt for individet og forhøyne hans eller hennes livskvalitet. På denne polen er følelser som sinne, sorg, nærhet, positiv selvfølelse, interesse og seksuell lyst inkludert. Kun aktiverende og adaptive affekter blir inkludert på denne polen.

De inhiberende følelsene plasseres på "*anxiety pole*", og er blant annet angst, skam, skyld og emosjonell smerte. Disse affektene begrenser, tilbakeholder og tøyler våre mer adaptive handlingsorienterte følelser (McCullough, 2003). Den assosierte linken mellom inhibisjonsfølelsene (A) og de aktiverende følelsene (F) er det som fører til, og opprettholder, en affektfobi. Mens konflikttrianglet beskriver de ulike mekanismene som ligger bak pasientens affektive dynamikk, tar persontrianglet høyde for relasjonene som den fobiske

responsen forekommer i.

Persontrianglet. I Malans persontriangel er følgende tre relasjonskategorier involvert i pasientens liv: *Past persons (P)*, *Current persons (C)* og *Therapist (T)*. En fobisk respons for følelser er lært og handlet på i interaksjon med andre. Persontrianglet kan illustrere hvordan pasientens mønster startet med fortidige omsorgsgivere (P: *past persons*), hvordan atferdsmønsteret opprettholdes i nåtidige relasjoner (C: *current persons*) og til slutt hvordan disse mønstre vil oppstå i relasjon til, eller i overføring til, terapeuten (T: *therapist*). En pasient som eksempelvis opplevde det som skambelagt å gråte foran foreldre (P) da han eller hun var barn, vil mest sannsynlig ha vanskeligheter for å uttrykke sorg til en nåværende venn eller ektefelle (C). Dette unngåelsesmønsteret vil sannsynligvis også forekomme i terapi (T), noe pasienten oftest vil være ubevisst om. Terapeutens oppgave blir å hjelpe pasienten til å se dette, og han eller hun kan sette ord på problemet ved blant annet å si:

THERAPIST: "We see here, in therapy with me (T), how scary (A) it is to let yourself be sad (F) (McCullough, 2003).

Terapeuten har i et slikt eksempel, gjort seg en mening om at pasientens underliggende affektkonflikt dreier seg om sorg, og anvender den terapeutiske relasjonen for å illustrere hvordan pasientens affektkonflikt utspiller seg mellom dem. APT kjennetegnes ved aktive terapeutiske intervensjoner som omhandler relasjonen mellom terapeut og pasient. Slike intervensjoner fremmer utviklingen av det McCullough betegner som *the real therapeutic relationship*, et konsept i behandlingsmodellen som det vil bli redegjort for siden.

Affekter og deres betydning

I løpet av de siste tiår, har det blitt utviklet flere behandlingsmodeller som fokuserer på

affekter i terapi (Fosha, 2000; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993). Som i APT, antar tilnærminger som Emotion Focused Therapy (EFT) og Accelerated Emphatic Therapy (AET) at arbeid med følelser i psykoterapi vil føre til bedring hos pasienten. Bedring knyttes her blant annet til opplevelsen av vitale affekter i en relasjonell kontekst (Fosha, 2000), og til reorganiseringen av dysfunksjonelle emosjonelle skjemaer (Greenberg, et al., 1993). I forståelsen av individets mentale fungering, vektlegges affekter i disse ovennevnte tilnærmingene og i APT.

Men vektleggingen av affekter og deres sentrale rolle i menneskets psyke har ikke vært uten kontrovers. Uenigheter om affektenes sentralitet i individets atferd var spesielt fremtredende på 1950 - og 60-tallet, da teoretikere innen både driftsteori (Hull) og kognitive teorier (Tolman) tilla affekter liten betydning. Det var nettopp på denne tiden at Silvan Tomkins la frem sin teori om affekter, hvor han utfordret det klassiske synet på drifter som grunnleggende motivasjonelle krefter i menneskets psyke (Tomkins, 1981). Han mente snarere at affekter er en sentral uavhengig mekanisme i individet, og at det er denne mekanismen, fremfor driftene, som danner det primære motivasjonssystem.

Silvan Tomkins emosjonsteori

McCulloughs APT-modell bygger på Tomkins affektteori og hans konseptualisering av emosjoner, affekter, drifter og følelser. *Emosjon* betegnes i Tomkins teori, og følgelig i APT, som en global kategori for indre kroppslige opplevelser bestående av tre medfødte biologiske systemer: drifter, affekter og smerte (McCullough Vaillant, 1997). *Smerte* beskrives som et signalsystem for fare. *Drifter* signaliserer primært individets kroppslige behov, og kjennetegnes ved sin transportering ut og inn av kroppen. Dette inkluderer: atferd som å puste, spise, drikke, blære- og tarmfunksjon, seksuell atferd, tilknytning og sosial responsivitet (McCullough Vaillant, 1997). *Affekter* blir sett på som et betydningsfullt system, da de

påvirker driftene ved sin forsterkning eller inhibering. Tomkins' beskrivelse av hvordan de tre emosjonssystemene interagerer, gir et verdifullt bidrag i forklaringen av psykopatologi (McCullough Vaillant, 1997). Eksempelvis kan affekter som skam eller frykt knyttet til atferd som å spise, antas å medvirke til en spiseforstyrrelse.

Affekter blir av Tomkins definert som medfødte biologiske (universelle) responser til ulike stimuli, med manifesterende responser i huden, vokalapparatet, muskulaturen og i det autonome systemet, og da særlig i ansiktsregionen (Holinger, 2008). Han identifiserte ni kategorier av affekter. Disse betegnet han som: interesse - begeistring, fornøyelse - glede, overraskelse - forskrekkelse, sinne - raseri, fortvilelse - redsel, skam - ydmykelse, frykt - terror, forakt - avsky, og ubehag over lukt (McCullough Vaillant, 1997). Til disse grunnleggende affektene er det knyttet ulike kroppslige responser og manifestasjoner. For eksempel er responser som rynket panne, smale øyne, knyttet kjeve, rødt ansikt, utvidet nesebor og stive nakkemusklr, manifestasjoner på sinne. Hver affekt er assosiert med spesifikke hud-, muskel- og autonome responser (Holinger, 2008). Disse affektive responsene tilfører individets opplevelser negativ eller positiv valens. Hver av Tomkins' ni kategorier identifiseres gjennom (a) et spesifikt mønster og tetthet i nevronavfyring i respons til indre og ytre stimuli, (b) en indre kroppslig fornemmelse, og (c) et spesifikt ansiktsuttrykk (McCullough Vaillant, 1997). Evidens fra forskning på ansiktsuttrykk (Ekman, 1992; Izard, 1990) underbygger Tomkins' antagelse om affektkategoriene som noe medfødt og universelt. Paul Ekmans og Carroll Izards studier viser blant annet krysskulturelle sammenfall i oppdagelsen og betegnelsene av affekter som sinne, frykt, tristhet, fornøyelse, og avsky (McCullough Vaillant, 1997). Det er derimot uenigheter om universalitet i affektsignalene som overraskelse, forakt, og skam – skyld (Ekman & Davidson, 1994). Ekman foreslår at hver affektbetegnelse representerer en familie av nært relaterte følelser av ulik intensitet (McCullough Vaillant, 1997). Eksempelvis kan Tomkins' kontinuum sinne - raseri inkludere

følelser som blant annet frustrasjon og irritasjon.

Affektene påvirker ikke bare driftene, men utøver også innflytelse på hverandre seg imellom. Dette illustreres ved Malans konflikttriangel, da eksempelvis angst og skam (A) kan inhibere sinne (F). De affektive assosiasjonene er lærte, noe som åpner for muligheten for endring. Dette står i kontrast til driftene, som ansees å være mindre formbare. Fordi affekter både er responsive for læring og fungerer som en primær motivasjonskilde, fokuserer APT på affektive opplevelser, restrukturering av disse og den lærte assosiasjonen som ligger til grunn for psykopatologi (McCullough Vaillant, 1997). Det er altså affekter, fremfor driftene, som fører til psykoterapeutisk endring.

På det mest grunnleggende nivået arbeider terapeuten med pasientenes affekter assosiert med tilknytning til ens eget selv og andre (McCullough Vaillant, 1997). Jo mer psykopatologi knyttet til pasientens tilknytning, desto større sannsynlighet for skade i tillit og tilhørighet til andre. Emosjoner forbundet med tilknytning reintegreres ved hjelp av det relasjonelle båndet som utvikles mellom terapeut og pasient. Gjennom denne relasjonen blir pasientens indre følelser preget av større harmoni. Opplevelse av økt tillit og tilhørighet blir da vel så viktig som opplevelsen av adaptive følelser. Slike aspekter ved den terapeutiske relasjonen ansees å være en medvirkende og viktig faktor i arbeidet mot restrukturering av pasientens affekter, og især restrukturering av pasientens oppfattelse av eget selv og andre. Funn fra ulike studier viser at opplevelse av tilhørighet er en grunnleggende motivasjon i individet, som videre gjør at han eller hun har et gjennomgripende behov for å skape og opprettholde et visst antall varige, positive og signifikante interpersonlige relasjoner (Baumeister & Leary, 1995). Dette basale behovet kan også gjøre seg gjeldende i den terapeutiske relasjonen. Eksempelvis kan pasientens motivasjon for å skape og opprettholde en positiv interaksjon med terapeuten påvirke hans eller hennes atferd under behandlingsforløpet. Denne underliggende motivasjonen kan også synes å være tilstede hos terapeuten. Hovedmålet for APT begrenser

seg for eksempel ikke bare til pasientens indre opplevelse av affektharmoni. Den inkluderer også relasjonelle mål som å bringe hver pasient til en opplevelse av harmoni med terapeuten og med andre i verden (McCullough Vaillant, 1997).

Hvilke terapeutiske intervensjoner fremmer restrukturering av forsvar, og på hvilken måte bearbeides pasientens motstand?

Forsvarsrestrukturering er det første delmålet i behandlingsmodellen, og innebærer minst to formål: å fremme pasientens innsikt i egne defensive mønstre og å øke hans eller hennes motivasjon til å oppgi disse (McCullough, 2003). Dette innebærer i hovedsak det mer kognitive aspektet av endring, hvor pasientens lærte forsvarsreaksjoner blir identifisert og svekket ved bruk av ulike terapeutiske intervensjoner. For å kunne oppnå endring, vektlegger APT-modellen en terapeutisk holdning preget av empati og samarbeid med pasienten.

Den terapeutiske holdning

Fremfor en nøytral rolle, som en kan finne i mer tradisjonell psykoanalytisk terapi, inntar terapeuten i KDP generelt og APT spesielt, en utpreget aktiv rolle. Aktivt påpeker han eller hun pasientens forsvar, og dens destruktive innvirkning på pasientens liv. Målet er at pasienten etter hvert skal kunne gjøre det samme selv, både i behandlingsforløpet og utenfor terapi. Empati og sensitivitet benevnes som viktige terapeutiske egenskaper i APT, idet pasientens oppdagelse av eget defensivt atferdsmønster kan være skambelagt (McCullough Vaillant, 1997). "Hva synes terapeuten om meg?" kan være et spørsmål pasienten stiller seg, bevisst eller ubevisst. I en slik sårbar fase, hvor pasientens forsvar avdekkes i relasjonen, vil det være behov for angstregulering. Modellen angir ulike verktøy for å regulere angst som oppstår under behandlingen av affektfobi, og disse belyses i senere avsnitt.

Så vel som empati, vektlegger McCullough en samarbeidende terapeutisk holdning i

behandlingsforløpet. Terapeuten skal være fleksibel i sine antagelser, og la seg korrigere av pasienten. Påpekninger og tolkning av forsvar skal legges frem tentativt, slik at pasienten får muligheten til å både bekrefte og avkrefte påstandene fra terapeuten (McCullough, 2003). I prosessen, ved nærværet av denne terapeutiske holdningen, lærer pasienten at egne meninger er viktige. Uenighet blir oppmuntret, og det blir understreket at pasientens autensitet verdsettes mer enn føyelighet eller underordning (McCullough Vaillant, 1997). Disse terapeutiske holdningene er det som danner *"the real therapeutic relationship"*.

"The real therapeutic relationship"

Korttids dynamisk psykoterapi fokuserer i stor grad på den faktiske, relativt "overføringsfrie" relasjonen mellom terapeuten og pasienten (McCullough Vaillant, 1997). Denne form for terapeutisk relasjon betegnes i APT som *"the real therapeutic relationship"*, og blir i behandlingsmodellen ansett som en hovedagent for endring. I APT vektlegges gjensidig respekt. Terapeuten anerkjenner pasientens ekspertise i relasjonen ved å formidle at det er hun eller han, fremfor terapeuten, som best kjenner seg selv. Samarbeid, mer enn konfrontering, og en emosjonelt tilstedeværende terapeut skaper det Winnicott (1971) betegnet som, et *"holding environment"*. Hans tanker omkring mor og barn - relasjonen, kan parallelt gi et nyttig perspektiv på den terapeutiske relasjonen i APT. *"Holding environment"* beskrives som et fysisk og psykisk rom hvor barnet beskyttes uten selv å være klar over det (Mitchell & Black, 1995). I tilfeller hvor denne miljømessige påvirkningen er tilfredsstillende, virker dette inn på barnets utvikling av eget selv og autonomi (Winnicott, 1971). I APT, hvor endring er knyttet til restrukturering av pasientens forestilling om seg selv og andre, forventes det at terapeutens *"holding"* av pasienten vil være av betydning. En opplevelse av trygghet i terapi kan åpne pasienten for dypere affektoplevelse, vekst og karakterendring. Gjennom det helbredende relasjonsbåndet mellom terapeuten og pasienten kan pasientens forvrengte

forestillinger om seg selv og terapeuten bli oppdaget, utforsket og oppgitt. Utviklingen av en trygg terapeutisk relasjon senker den inhiberende følelsen av skam, slik at pasienten kan våge å være åpen, erfare og dele tidligere unngåtte følelser sammen med terapeuten. Terapeutens konstante empatiske respondering sørger for en kontinuerlig gradert ”korrigerende emosjonell erfaring” for pasienten (McCullough Vaillant, 1997). Denne termen, lansert av Alexander og French i 1946, omhandler emosjonell endring basert på pasientens gjenopplevelse av tidligere konflikter i en ny kontekst: den terapeutiske relasjonen (Messer & Warren, 1995). Men terapeutens aktive og empatiske respondering er ikke like lett for alle pasienter å motta, og distansering kan oppstå i relasjonen. Utdraget fra kasuset ”The Unforgiven Teenager” (i McCullough Vaillant, 1997, s. 155-156), kan belyse hvordan tidligere konflikter overføres til den terapeutiske relasjonen, og hvordan terapeuten angriper dette:

PATIENT (*offhandedly*): I didn't know why you seemed concerned about me last week.

THERAPIST: How did my show of concern feel to you?

PATIENT: I didn't know how to take it (D).

THERAPIST: Is it hard for you to let yourself feel cared for?

PATIENT: Yeah, I don't believe it (D).

THERAPIST: So it's hard to believe that I would have concern for you. (*Note that the therapist does not protest how much he cares but puts responsibility on the patient for not accepting the caring.*)

PATIENT: It's hard to believe (D) anyone would have concern (I/F) for me.

THERAPIST: What makes it difficult (A) for you to believe it here with me (T)?

PATIENT: My parents never did (P).

THERAPIST: So does that mean that I can't (T)?

PATIENT: If they don't find me worthwhile, why should anyone else (D)?

THERAPIST: That sounds so painful (A) that I can imagine it would be hard to believe (D) in others.

Utdraget viser hvordan terapeuten involvert og aktivt arbeider med pasientens ubehag knyttet til opplevelsen av medfølelse fra terapeuten. Pasientens dynamiske konflikt involverer unngåelse av følelsen *nærhet* (F), da dette behovet antas å være forbundet med skam og skyld (A). På egen hånd relaterer pasienten dette problemet tilbake til sine negative erfaringer fra sine foreldre (P), og terapeuten intervensjoner ved å trekke inn den terapeutiske relasjonen. I APT utvides begrepet ”korrigerende emosjonell erfaring” til å omhandle også emosjonell *relasjonell* endring, gjennom pasientens eksponering til en mer adaptiv (og mindre aversiv) relasjon (McCullough Vaillant, 1997). Den empatiske terapeutiske relasjonen blir dermed et viktig medium for pasientens nyere og mer adaptive emosjonelle og relasjonelle erfaringer.

En av de viktigste distinksjonene mellom langtids dynamisk psykoterapi (LDP) og KDP er den ulike håndteringen av overføring som oppstår underveis i terapiforløpet. Pasientens overføringsresponser blir i KDP ansett som defensive projeksjoner, og disse påpekes raskt av terapeuten (McCullough Vaillant, 1997). I LDP beveger terapeuten seg saktere fremover, med større distanse og nøytralitet til pasienten. Den terapeutiske relasjonen strekker seg over lengre tid, og dynamiske konflikter fra barndommen blir løst ved blant annet pasientens opplevelse av overføringsnevrose. I en overføringsnevrose gjenopplever pasienten det emosjonelle traumet fra fortiden, og ”arbeider seg gjennom dette” til det løses (McCullough Vaillant, 1997). Dette innebærer høy grad av emosjonell intensitet hvor analytikeren og selve behandlingen blir det som opptar pasienten fremfor noe annet. På grunn av kortere behandlingstid i APT, vil denne type gjennomgripende overføring ikke forekomme. Modellen anser likevel den faktiske relasjonen mellom terapeut og pasient, samt den delte affektoplevelse i terapiforløpet, som mer fundamentalt for karakterendring fremfor

overføringsfenomen (McCullough Vaillant, 1997). I McCulloughs behandlingsmodell er terapeutens rolle (a) å medvirke i pasientens desensitisering av konfliktfylte affekter og tilknytning, (b) å tilby en ny eller ”god nok” modell for tilknytning, og (c) om nødvendig, hjelpe pasienten til å validere, klargjøre og navngi sine indre opplevelser.

Terapeutiske intervensjoner i arbeidet av pasientens forsvar

Delmål 1a): Å fremme innsikt i pasientens defensive atferdsmønstre. Prosessen i APT hvor pasientens forsvarsstruktur identifiseres, ligner en atferdsanalyse (McCullough Vaillant, 1997). Den til grunnliggende konflikten for pasientens presenterte problem, og relasjonene hvor konflikten oppstår, tydeliggjøres av terapeuten. Påpekning av pasientens forsvar kan foregå på følgende måte:

THERAPIST: Can you see how stubbornly you resist doing what your boss requests (D)? Even as you tell me, you`re clenching your fists and tightening your jaw. (Nonverbal examples of I/F)

PATIENT: Geez. (Looking down at his fists in surprise) I guess I am! I didn`t realize how mad (I/F) I was.

I dette utdraget fra McCullough Vaillant (1997), ser vi at pasienten manglet innsikt i egen defensiv og maladaptiv atferd (motvilje i å underordne seg sjefen) på grunn av unngåelsen av sinne. Terapeuten påpeker pasientens forsvar, og responsen pasienten gir viser overensstemmelse med terapeutens forslag, idet pasienten selv benevner den unngåtte adaptive følelsen. Påpekning av forsvar er en intervensjon som skjer kontinuerlig gjennom behandlingsforløpet i APT. Hensikten er at pasienten etter hvert skal kunne se atferdsmønsteret tydeligere på egen hånd. Forsvaret blir deretter knyttet opp mot den

assosierte angsten forbundet med den adaptive emosjonsreaksjonen, ved tentative terapeutiske spørsmål som: *Do you think you have a lot of discomfort (A) with your feelings of annoyance (I/F) at your boss, so this leads you to shut down (D) rather than speak up? (Adaptive expression of I/F)*. Det ovennevnte spørsmålet fra utdraget (i McCullough Vaillant, 1997, s. 125) viser hvordan terapeuten tentativt påpeker *hvordan* og *hvorfor* pasienten defensivt unngår å adaptivt uttrykke følelsen sinne. Vi ser her hvordan Malans konflikt- og persontriangel benyttes som en bakenforliggende guide for terapeutens intervensjoner, idet den adaptive følelsen (F) lenkes til pasientens defensive atferd (D) og angst (A).

Undersøkelsen av *hvorfor* forsvar tas i bruk innebærer identifisering av spesifikke inhiberende affekter som angst, skyld, skam og smerte. Angst blir definert som overdreven eller urealistisk frykt, skyld, skam, smerte eller pine (McCullough Vaillant, 1997). En unaturlig overdreven inhibisjon eller et selvangrep (skam og skyld) er årsaken til defensiv atferd, og blir sett på som skadelig for selvet, idet det skremmer, straffer, dømmer eller plager selvet. Disse aversive følelsene blir bevisstgjort i APT, og senket ved bruk av affektregulering.

Angstregulering

Et konstant fokus på forsvar vekker uten unntak ulik grad av angst, skyld, skam eller smerte hos pasienten (McCullough Vaillant, 1997). Uten regulering antas det at slike følelser vil hindre (inhibere) pasienten i å erkjenne og oppgi eget forsvar. Angstregulering blir derfor en viktig intervensjon i APT, idet den regulerer pasientens angstnivå til det mer håndterbare, under både forsvarsrestrukturering og affekteksponering. APT-terapeuten tar i bruk kognitive teknikker ved å spørre pasienten ”Hva er det verste som kan skje?” eller ”Hvorfor vil det være så skummelt eller skamfullt?”

Som hjørnestein i McCulloughs (1997) angstregulerende tilnærming, ligger validering av pasientens forsvar. Dette står i sterk kontrast til forutgående KDP-modeller, i særdeleshet

Davanloos Intensive KDP (Davanloo, 1990), hvor pasientens forsvar provoseres, konfronteres og søkes nedkjempet. Jo raskere forsvaret brytes ned, desto mer tilgang til pasientens ubevisste materiale. McCullough mener derimot at en slik konsekvent provokativ tilnærming vil virke mot sin hensikt, idet terapeuten kan gå for fort frem, og pasienten åpner seg opp for tidlig. I APT viser terapeuten respekt og toleranse for pasientens forsvar, ved å gi validerende responser tilbake, som for eksempel: *"Of course you reacted these ways. What other choice did you have as a child? What would have become of you if you hadn't?"* (i McCullough Vaillant, 1997, s.121). En slik validerende intervensjon eksponerer pasienten for selvmedfølelse, fremfor selvangripende følelser. På denne måten omformes (og håndteres) de inhiberende følelsene knyttet til selvet, til mer adaptive følelser. En annen metode for angstregulering, er påpekning av pasientens styrke. Å gjenkjenne både egne styrker og svakheter synes å akselerere forsvarsrestrukturering (McCullough Vaillant, 1997). Terapeutens påpekninger bør inneholde spesifikke eksempler på pasientens atferd, fremfor vage komplimenter. McCulloughs tilnærming til pasientens forsvar, viser at APT samsvarer mer med Diana Foshas (1992) Accelerated Emphatic Therapy (AET), fremfor forutgående KDP-modeller (Davanloo, 1990). Fosha ser på forsvar som nyttig informasjonskilde om viktige tilknytninger i pasientens liv (Fosha, 1992). Både McCullough og Fosha forstår psykopatologi ut ifra behov og savn som ikke har blitt tilfredstilt av signifikante omsorgsgivere.

Den del av APT som omhandler forsvarsrestrukturering, dreier seg om å oppnå innsikt i *hvordan* og *hvorfor* pasienten har respondert defensivt over så lang tid. Men vel så viktig i forberedelsen mot affekteksponering, er pasientens innsikt i *hvilken* følelse som unngås.

Identifisering av den unngåtte følelse

Å navngi en følelse som lenge har blitt unngått, er ikke lett for alle pasienter (jf. affektbevissthet). Det er derfor ikke alltid slik at pasienten selv klarer å navngi den unngåtte følelsen i APT, eller følelsens medfølgende fysiologiske og kroppslige manifestasjoner. I tilfeller, hvor for eksempel sokratiske spørsmål ikke gir svar fra pasienten, kan terapeuten komme med forslag. Utdraget nedenfor (i McCullough Vaillant, 1997, s. 143) viser hvordan terapeuten undersøker pasientens unngåtte følelse, og skiller den aktiverende følelsen fra den inhiberende:

THERAPIST (Crossing arms in front of face and chest): Do you feel frightened and withdrawn, like this?

PATIENT: Yes, exactly! My stomach is in knots. (Or the chest, or throat, or shoulders; D)

THERAPIST: Do you feel as if you are pulling yourself back or reining yourself in rather than energized or ready to act?

PATIENT: Oh yes, definitely.

THERAPIST: So which feeling is predominating when you are tight, tense, or withdrawn?

PATIENT: I guess it would be anxiety (A). I never thought about it before.

THERAPIST: And if you are feeling mostly anxiety (A), how do you know you are angry (I/F)? Can you see how the anxiety would diminish the assertive response? This signals that you are burdened with too much anxiety when you need to have access to feeling that could energize you.

Utdraget viser hvordan terapeuten beskriver en naturlig angstrespons for pasienten, og videre gjør en antagelse om den underliggende adaptive følelsen som inhiberes. Intervensjoner som disse kan noen ganger virke ledende, noe som gjør at terapeuten bør være observant for

føyelighet fra pasientens side. En APT-terapeut fungerer som en medarbeider og ledsager i pasientens oppdagelse av underliggende affekter. Dette kan by på terapeutiske utfordringer, idet overgangen fra å være aktiv til ledende ikke alltid nødvendigvis er så tydelig.

Hvordan bearbeide motstand for å oppgi forsvar?

Delmål 1b: Å fasilitere motivasjon hos pasienten til å oppgi sitt defensive atferdsmønster. Fokuset og arbeidet i dette delmålet er rettet mot hindringene som holder pasienten tilbake fra å oppgi maladaptiv defensiv atferd. For å kunne fremme pasientens motivasjon til å oppgi sitt defensive atferdsmønster, anvendes ulike intervensjoner. Da den psykodynamiske teoriens bidrag her er begrenset, kan teorier som læringsteori, selv-psykologisk teori og objektrelasjonsteori gi en forståelse om hva som synes å fremme motivasjon for endring.

Ut ifra et læringsteoretisk ståsted, ser en at atferd oppgis når negative konsekvenser blir identifisert. Terapeuten kan eksempelvis si: *“So all these losses, such as (the specific losses), have added up over the years and have cost you an enormous amount. Can you see the damage caused by this behaviour pattern?”* (i McCullough Vaillant, 1997, s. 165). Pasientens gjensvar viser ofte en ikkeverbal indikator på sorg, med utsagn som *“It all seems like such a waste. So many wasted years!”* (Tears begin to flow along with the full affective experience of grief over the losses due to the defenses.)“

Den straffende, eller negative konsekvensen av forsvaret må bli erkjent og erfart følelsesmessig av pasienten i APT for at endring skal inntreffe. Denne endringsmekanismen ble først identifisert av McCullough gjennom Davanloos arbeid med forsvar (Davanloo, 1980 gjengitt i McCullough Vaillant, 1997), og legges vekt på i arbeidet med pasientens forsvarsoppgivelse i APT.

Så hvorfor er det så viktig at kognitiv innsikt er forbundet med en emosjonell respons i

atferdsendring? Læring foregår ikke bare på et intellektuelt nivå, men også på et affektivt plan. Tomkins emosjonsteori beskriver affekter som den fundamentale motivasjonskilde for atferd. Fra et læringsperspektiv, vil dette bety at positive affekter forventes å forsterke atferd, mens negative affekter, som sorg og emosjonell smerte, derimot vil ha en inhiberende effekt på atferd. Terapeutiske intervensjoner, som i eksempelet ovenfor, fører til en aversiv emosjonell respons hos pasienten assosiert med den defensive atferden. Dette senker pasientens motstand i å oppgi forsvaret, og øker motivasjonen for endring.

På samme måte som det er negative konsekvenser knyttet til pasientens maladaptive atferd, er det også positive konsekvenser knyttet til den samme atferden. Sekundære vinninger kan eksempelvis være redusert angst, idet pasienten unngår ubehaget som oppstår ved å føle sinne og sette grenser i en relasjon som virker maladaptivt inn på pasienten. Sekundære vinninger identifiseres i behandlingen, og byttes ut med mer adaptive responser.

I de tilfeller hvor pasienten viser manglende evne til å sørge over tapet som forsvarets kostnader har forårsaket ham eller henne, bør fokuset bli rettet mot pasientens selv. Jo mer medfølelse selvbilde pasienten har, desto mer vil han eller hun bry seg om seg selv, og endre sin maladaptive atferd, i følge selvsykologi (McCullough Vaillant, 1997). Om det også er motstand her forsøker terapeuten, i tråd med objektrelasjonsteorien, å bygge alternative internaliserte relasjoner, som kan byttes ut med pasientens destruktive.

Terapeutens rolle i bearbeidelse av motstand

For å hjelpe pasienten med å oppgi defensive reaksjonsmønstre, må terapeuten være aktiv og involvert for å katalysere endring (McCullough Vaillant, 1997). Terapeuten formidler at han eller hun bryr seg om pasienten, og noen ganger er det terapeutens ”lån av bekymring” som gir motivasjon for endring hos pasienten. Terapeutens bekymring for pasienten, kan formidles slik: *”It is really upsetting to see you suffer (D) week after week.*

How can you bear to continue behaving in ways that bring you so much pain? (Highlighting the negative consequences of the defensive behaviour) *I am just an outside observer listening to the story, and it seems so sad to me.* (Modeling the adaptive response) *But you are living it!*" (i McCullough Vaillant, 1997, s. 155).

En intervensjon der terapeuten formidler bekymring for pasienten, kan enten mottas eller avvises fra pasientens side. Hos noen kan det å oppleve at noen bryr seg om en, bringe frem tårer, mens andre kan avvise denne type omsorg fra en terapeut. Uavhengig av responsen fra pasienten, bør terapeuten spørre seg selv: "Hvem er det her som ønsker endring? Er det min egen motivasjon for pasientens endring som ligger til grunn for responsen hos pasienten? Eller er det pasienten selv som uttrykker ønske om å oppgi forsvaret?" Dette bør avklares før terapeuten går videre til behandlingsmålet som omhandler affektrestrukturering.

Hvordan fremmer og opprettholder terapeuten pasientens affektoplevelse i terapitimen, og hvilken plass har terapeutens motoverføringer?

For å endre maladaptiv sosial læring, har APT-modellen som mål å fremme trygghet i pasienten slik at han eller hun kan våge å erkjenne og oppleve sine adaptive følelser i nærværet av en annen. Med affektrestrukturering menes redusering av angst eller konflikt (inhibisjonsaffekter på A-polen), som har blitt assosiert med adaptive responser, følelser, behov og savn, gjennom identifisering og deretter affekteksponering (McCullough Vaillant, 1997). Målet med behandlingen er at pasienten skal kunne oppleve mer kontroll over sine egne følelser, fremfor at følelsene kontroller ham eller henne. Jo mer bevissthet rundt affektene, desto mer opplevelse av kontroll (McCullough Vaillant, 1997). I denne prosessen separeres negative, selvangripende affekter fra opplevelsen av adaptive, aktiverende affekter. Affektoplevelse er det første delmålet som omhandler affektrestrukturering, og ulike intervensjoner tas i bruk. For å fremme pasientens affektoplevelse pendler terapeuten

mellom de ulike polene på pasientens konflikttriangel, og mellom pasientens følelser og kognisjon. Målet videre er at pasienten skal lære å kunne uttrykke følelsene sine på en adaptiv måte i relasjon til andre. Det terapeutiske arbeidet fokuseres altså på pasientens opplevelse, og håndtering av, følelser.

I det første delmålet, som er selve kjernen i APT, eksponeres pasienten for følelser som hun eller han tidligere har unngått.

Terapeutiske intervensjoner som fremmer affektoplevelse

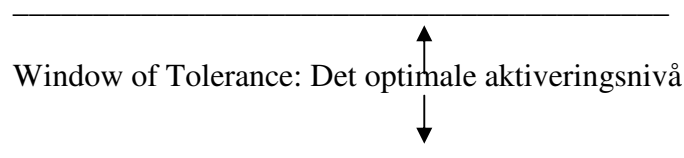
Delmål 2a): Å eksponere pasienten for affektoplevelse i terapi. Målet med affektoplevelse i APT er å endre emosjonell respondering som danner grunnlaget for, og opprettholder, pasientens patologi. Affektoplevelse refererer til en fullstendig opplevelse av gjemte følelser i deres rene fantasiform (McCullough Vaillant, 1997). Gjennom bruk av emosjonelt ladde mentale forestillinger, eksponeres pasienten gradvis for tidligere unngåtte følelser. Joseph Wolpes` behavioristiske eksponeringsmodell (1958) benyttes i APT, da pasientens konfliktfulle følelser *gradvis* og *systematisk desensiteres* ved terapeutens ulike intervensjoner.

Gradvis og håndterbar eksponering for følelser

Opplevelse av tidligere unngåtte følelser kan være skremmende. I APT søker terapeuten, gjennom angstregulering, å eksponere pasienten for affektoplevelse innenfor en håndterbar grense. Det er først på dette håndterbare og optimale nivå av affekteksponering, at pasientens konfliktfulle følelser kan bli desensitert. Begrepet ”toleransevindue” (”window of tolerance”) (Siegel, 1999) kan illustrere hvordan pasienter innehar et ulikt nivå av toleranse for affekteksponering, da det er knyttet en autonom aktivering til enhver affektoplevelse. Siegels

modell postulerer at alle har et eget toleransevindu, en optimal aktiveringssone, hvor ens emosjonelle opplevelser best prosesseres og integreres (se fig. 2).

Overaktiverende nivå



Underaktiverende nivå

Figur 2. "Window of Tolerance": En modell for å forstå pasientens optimale aktiveringsnivå.

Om pasientens toleranse blir over- eller underskredet av terapeuten, er det forventet at pasienten vil oppleve en mindre optimal aktivering, det vil si en henholdsvis over- eller underaktivering. Det er først når pasienten arbeider innenfor den optimale aktiveringssonen, at informasjon fra både indre og ytre miljø kan bli integrert (Ogden, Pain, & Minton, 2006). Integrering av affektene blir vel så viktig som opplevelsen, da affektrestrukturering i APT også innebærer å lære pasienten hvordan han eller hun adaptivt kan uttrykke følelser senere i relasjon til andre.

Pasientens toleransenivå for affektaktivering kan også variere ved ulike faktorerers påvirkning. Den sosiale konteksten hvor emosjonen genereres kan blant annet ha innvirkning på individets opplevde situasjon (Siegel, 1999). Eksempelvis kan pasientens opplevelse av en tidligere unngått følelse være mindre angstvekkende, og mer håndterbar, i nærværet av en terapeut som formidler trygghet, forståelse og empati.

Intervensjoner som fremmer affektoplevelse i terapi

Affektoplevelse i APT innebærer at adaptive følelser frigjøres fra inhibisjon. Derigjennom får pasienten mulighet til å uttrykke en kontrollert ("contained"), adaptiv form for katarsis (McCullough Vaillant, 1997) i nærværet av en annen. På grunn av forutgående arbeid med pasientens forsvar, og regulering av angst knyttet til det å uttrykke følelser, kan pasienten oppleve at adaptive følelsesuttrykk er håndterbare både for ham selv, og for terapeuten. Slike erfaringer beforder ny læring hos pasienten, både emosjonelt og relasjonelt. For å fremme slik affektoplevelse i terapi, tar terapeuten i bruk ulike intervensjoner.

Benevning av emosjoner. Før affekteksponering, bør pasienten være i stand til å gi den indre affektoplevelsen et klart, entydig navn og skille de ulike følelsene fra hverandre. Dette er ikke like lett for alle pasienter. En pasient som i barndommen ikke fikk tilfredsstilt sine behov for emosjonell bekreftelse, inntoning og regulering fra omsorgsgiver, kan trolig i senere tid ha vanskeligheter med å navngi sin indre affektoplevelse i terapi. I utdraget fra kasuset "The Woman with Butterfly Feelings" (i McCullough Vaillant, 1997, s. 203), ser vi hvordan en pasient viser manglende evne til å sette navn på egen emosjonell opplevelse:

THERAPIST: Can you tell me what you are experiencing right now?

PATIENT: No, I'm not feeling anything.

THERAPIST: Your face looked sad. Do you have any awareness of that?

PATIENT: No, none at all.

THERAPIST: Well, that was a sad topic you were discussing. I wonder if you might be feeling sad?

PATIENT: Yeah, it was, but I don't feel it.

THERAPIST: Isn't it poignant that your words convey sadness, and your face conveys sadness, but you have no sensation of feeling?

PATIENT: Yeah! I feel so dead inside.

THERAPIST: So I will continue to point out when you show certain emotions on your face, and we'll work together to help you become aware of your inner experience. Are you feeling something right now?

PATIENT: No.

THERAPIST: Your voice sounded angry. Do you think you might be irritated at me?

PATIENT: If I am, I'm just barely aware of it.

THERAPIST: Okay, so let's keep looking at this, so that your awareness of it can increase; you have told me you have real trouble knowing what you are feeling.

Pasienten i utdraget over har vanskelig for å oppleve og å sette ord på følelser. I tilfeller som dette ser vi at terapeuten forsøker å hjelpe pasienten til å navngi følelsene ved å undersøke hva pasienten føler, påpeke pasientens ansiktsuttrykk og deretter komme med tentative forslag. Flere ganger påpeker terapeuten at informasjonen pasienten gir, både verbalt og non-verbalt, er uttrykk for tristhet. Ved spørsmål om pasienten føler noe, responderer pasienten negativt. Terapeuten stiller dette spørsmålet flere ganger. Etter en stund ser vi at terapeuten spør om pasienten er irritert på ham/henne. Hva kan et slikt spørsmål fra terapeuten indikere om den terapeutiske prosessen? Mulige forklaringer er overføring eller motoverføring i den terapeutiske relasjonen.

Pasientens væremåte (manglende evne til å navngi og oppleve tristhet) kan, gjennom motoverføring, vekke irritasjon hos terapeuten. Om dette er tilfelle, så indikerer utsagnet at det foregår en projisering fra terapeutens side, idet han spør om pasienten er irritert, da det egentlig gjelder ham selv. Om terapeutens bemerkning derimot gjelder pasienten alene, kan det heller være en indikasjon på overføring. Hvis dette stemmer, og kontakt med terapeuten vekker irritasjon hos pasienten underveis i terapiforløpet, blir spørsmålet videre: Hva kan

dette være et uttrykk for? En mulig forklaring er økt motstand fra pasientens side i løpet av sekvensen. Irritasjon hos pasienten, som et uttrykk for resistans i den terapeutiske relasjonen, kan utvikles som et resultat av at pasienten opplever, bevisst eller ubevisst, et press fra terapeuten om å føle en viss følelse. Pasientens måte å sette grenser på i dette tilfellet, blir da gjennom å uttrykke irritasjon. I følge Tomkins teori er denne følelsen relatert til sinne. Sinne er en adaptiv følelse da det hjelper individet å definere nødvendige og hensiktsmessige grenser i situasjoner hvor en opplever overskridelse av disse. Eksemplet ovenfra kan være et tilfelle av nettopp dette, da terapeuten ved sin målrettethet kan oppleves som overskridende for pasienten. Sekvensen kan dermed være en illustrasjon av at APT- terapeuten innehar også noen ganger elementer av den konfronterende stil i terapi (jf. Davanloo, 1990), så vel som regulerende. Pasientens atferd kan være en form for *transference resistance*, et begrep hentet fra Davanloos modell, som omhandler pasientens atferd når motstand oppstår i den terapeutiske relasjonen.

Fysiologisk opplevelse knyttet til emosjoner. For å forstå andres emosjoner ser vi på deres ansiktsuttrykk, mens det i hovedsak er den indre opplevelsen vi bruker som signal i betegnelsen av våre egne. En av de største utfordringene i affektoplevelse er knyttet til feilbetegnelse av ens egen indre opplevelse (McCullough Vaillant, 1997). Derfor oppøves pasienten i APT til å beskrive den fysiologiske, kroppslige og sanselige opplevelsen knyttet til affekter. En indre opplevelse som signaliserer en adaptiv affekt beskrives ofte i form av en energi som ”flyter” fra innsiden og ut av kroppen (McCullough Vaillant, 1997), et kjennetegn som for øvrig også inngår i Tomkins konseptualisering av drifter. I APT gjør terapeuten de adaptive affektoplevelsene mer tilgjengelige for pasienten, blant annet ved hjelp fra pasientens egen fantasi.

Guidet forestilling. APT tar i bruk Hanskarl Leuners “guided affective imagery” (GAI) for å fremkalle affekter (McCullough Vaillant, 1997). I denne form for erfaringsbasert

intervensjon oppmuntres pasienten, i terapitimen, til å forestille seg spesifikke scener av interpersonlige episoder og deres assosierte affekter. Disse imaginære episodene omhandler pasientens *atferdsmessige uttrykk* for følelser i den spesifikke relasjonen som forestilles. Under intervensjonen er terapeutens oppmerksomhet rettet mot pasientens uttrykk, grad og kvalitet av emosjonell aktivering. Selv lav grad av aktivering ved imaginære forestillinger kan være effektive for oppnåelse av atferdsmessige endringer (McCullough Vaillant, 1997).

Desensitisering og regulering av angst. Desensitisering i APT går ut på å eksponere pasienten for tidligere unngåtte følelser, inntil maladaptive konflikter involvert i affektoplevelsen ikke lenger eksisterer (McCullough Vaillant, 1997). Målet er å senke eller oppheve pasientens frykt knyttet til egen emosjonell respons, og for å oppnå dette anvendes prinsipper fra atferdsterapi. Pasienten oppmuntres til å utforske unngåtte følelser, i fantasi, så levende og intenst som mulig. For å opprettholde desensitisering, pendler terapeuten frem og tilbake på pasientens følelse- og angstpol, slik at pasienten i terapi stegvis kan våge å gi følelsene mer rom. Gradvis eksponering, hvor emosjonelle forestillinger gis i små doser, står i sterk kontrast til *flooding* modellen. Denne teknikken forekommer i mer konfronterende og angstprovoserende KDP-tilnærminger (Davanloo, 1990; Sifneos, 1972), der terapeuten presenterer affektivt stimuli i stor dose inntil pasientens angstnivå senkes. At pasienter i APT gradvis eksponeres for følelser innenfor en håndterbar grense, fremmer opplevelsen av kontroll som antas å fasilitere affektoplevelse.

Å uttrykke følelser, i nærværet av en annen, kan oppleves som nytt og ukjent for pasienter med affektfobi. Angst og selvangripende følelser kan lett forekomme og blokkere affektoplevelsen. Terapeutens tilstedeværelse og intervensjoner blir da viktige reguleringsmekanismer under desensitiveringen. Eksemplet nedenfor illustrerer hvordan terapeutens tilstedeværelse, og intervensjoner, antas å fremme pasientens trygghet til affektoplevelse:

PATIENT: For so many years now I've been deadened. No feelings at all. I haven't thought of my father at all.

THERAPIST: What would be the worst part of thinking about your father? (*exploring the anxieties*)

PATIENT: It's just so painful to think about. (*Eyes welling up with tears*)

THERAPIST: I know it's painful, but can you stay with these sad feelings about your father for a few more minutes? Can you take me with you so it might be easier to bear? What images of him come up with this sorrow?

PATIENT: Going to the hospital and trying to get him to eat.

THERAPIST: That must have been so hard for you.

I dette utdraget (i McCullough Vaillant, 1997, s. 211) ser vi hvordan terapeuten vektlegger å tilkjenne seg for pasienten sin egen tilstedeværelse. Når pasienten uttrykker at sorgopplevelsen er smertefull, validerer terapeuten opplevelsen ved empatiske gjensvar. Pasienten oppmuntres til å fortsette eksponeringen, og terapeuten uttrykker at pasienten skal få slippe å gå inn i det smertefulle alene. Denne type terapeutisk tilstedeværelse, i form av en medvandrer, kan tenkes å være elementer som fremmer pasientens mot til å forestille seg minner som tidligere har vært unngått.

Delt affektoplevelse

I APT vektlegges *delt affektoplevelse*. Ved å involvere seg affektivt, bevarer terapeuten en empatisk og forståelsesfull holdning under behandlingsforløpet, og pasienten opplever seg sett og forstått. Utdraget nedenfor (i McCullough Vaillant, 1997, s. 330-331) viser hvordan terapeutens innlevelse, uttrykt gjennom felte tårer, resulterer i dypere

affektoplevelse av følelsene sorg og nærhet hos pasienten.

THERAPIST: How does it feel to you to see my tears?

PATIENT: Good. It feels good.

THERAPIST: You don't see me as foolish? (*Earlier, she said she would feel foolish if she cried.*)

PATIENT: No! (*Her voice choking with tears*) If someone told me that story I would want to cry too, but I would be trying to hide it. (*Suddenly racing on in a burst of intense feeling*) This is all we can get out of life, isn't it? The warmth and care of others. Touching others and letting them touch you.

I utdraget ser vi hvordan terapeuten bruker seg selv, og sine egne reaksjoner i arbeidet med pasientens følelser. Den delte affektoplevelsen mellom terapeuten og pasienten intensiverer ikke bare pasientens følelser, men utfordrer også pasientens antagelse om gråt som noe skambelagt, da terapeuten modellerer at det er naturlig å felle tårer. Delt affektoplevelse mellom terapeut og pasient kan i slike tilfeller være godt for pasienten, om det blir håndtert på riktig måte av terapeuten.

For delt affektoplevelse kan også åpne opp for *motoverføring*. Terapeutens innlevelse kan aktivere en tilbøyelighet til å overidentifisere egne følelser og tanker med pasientens reaksjoner. Dette vekker reaksjoner hos terapeuten som kan virke inn på pasientens atferd, og da særlig følelsesmessig. Om terapeutens tårer kommer som et resultat av at pasienten berører et tema som er smertefullt for terapeuten selv, kan dette være et uttrykk for at terapeuten identifiserer seg selv for sterkt med pasientens følelser. Om slike tilfeller oppstår i APT antas terapeutens innlevelse å virke mot sin hensikt, da terapeutens egne konflikter kan forstyrre pasientens utvikling mot mer adaptive affektoplevelser. McCullough presiserer (i

McCullough Vaillant, 1997) at terapeuten i APT bør ha kjennskap til, og arbeide seg gjennom egne indre hovedkonflikter som han eller hun selv har. Terapeuten kan oppnå større bevissthet rundt egne konflikter ved blant annet å gå i terapi selv, og ved å dele med kollegaer sine følelser og tanker som vekkes i møtet med pasienten.

Nært relatert til delt affektoplevelse, er begrepet affektiv inntoning (Stern, 1985). Daniel Sterns observasjoner av barn i interaksjon med mor, belyste hvordan affektiv interaksjon tidlig læres i relasjon med omsorgsgiver. På samme måte som mors affektive inntoning tilfører barnets affekter vitalitet og fremmer barnets opplevelse av agens og viljekraft, er også terapeutens inntoning i terapi viktig for å fremme pasientens vitale affektoplevelse (McCullough Vaillant, 1997). Inntoning mellom terapeut og pasient opprettholdes underveis i terapiforløpet, ved at affektoplevelsen er på et nivå som kan oppleves og integreres, for både pasient og terapeut (Alpert, 1992, gjengitt i McCullough Vaillant, 1997). At et optimalt aktiveringsnivå av affekter er nødvendig ikke bare for pasienten, men også for terapeuten for å forbli inntonet, gir enda en begrunnelse på hvorfor det synes å være viktig å overholde affekteksponeringen innenfor håndterbare grenser.

Diskusjon

Fokus på forsvar og følelser i psykoterapi står sentralt innenfor de fleste korttids dynamiske tilnærminger. At emosjoner vektlegges i det terapeutiske arbeidet kan forklares ut fra teorier som postulerer emosjoner som menneskets primære motivasjonssystem. McCulloughs behandlingsmodell inkorporerer Tomkins syn på emosjoner, og anser derfor individets affekter som en viktig motivasjonsskilde for atferd og endring av atferd. På grunn av dette inneholder McCulloughs APT et tydelig fokus på affekter. Terapeuten arbeider aktivt med pasientens forsvar og affekter, med mål om å frigjøre adaptiv affektoplevelse hos pasienten i terapi.

I en behandlingsmodell hvor terapeuten innehar et så klart og tydelig fokus på affektoplevelse, blir det nødvendig å stille spørsmål ved *hvordan* terapeuten oppnår dette målet. Er følelsene som uttrykkes i terapi et resultat av terapeutens empati og trygghet under behandlingsforløpet? Eller har terapeuten i APT snarere en fremprovoserende virkning på pasienten som resulterer i affektoplevelse?

Det er i den terapeutiske relasjonen arbeidet med pasientens forsvar og konfliktfylte følelser foregår. Med Malans persontriangel som forståelsesramme for APT, er det forventet at pasientens atferdsmønstre vil oppstå i relasjon til, eller i overføringen til, terapeuten (T). For å ta stilling til ovennevnte spørsmål om hva følelsene kan være et resultat av i APT, blir det med andre ord nødvendig å se nærmere på den terapeutiske relasjonen og overføringen som her skjer.

I ens møte med en annen vekkes ulike følelser og tanker. Dette overføringsfenomenet er også forventet å finne sted hos pasienten i møte med terapeuten. Uavhengig av om terapeuten er trygg eller ikke, vekker hans eller hennes atferd spesifikke følelser og tanker i pasienten. Når terapeutens atferd antas å aktivere følelser, kan en da samtidig si at han eller hun "fremprovoserer" dem? Bare et spørsmål som "Hva føler du nå?" fra terapeuten kan tenkes å være affektaktiverende. Det faktum at terapeuten, i overføringen, vekker følelser og tanker kan tyde på at fremprovosering også skjer under behandlingsforløp i APT. Antagelsen blir derfor at følelser i terapi er et resultat av *både* terapeutens trygghet *og* hans eller hennes aktive fremprovosering.

Om det dreier seg om begge faktorer, fremfor den ene eller andre, blir spørsmålet i drøftningen videre: I hvilke tilfeller har terapeutens aktive fremprovosering i APT en formålstjenlig virkning på pasienten, og når antas det å være mer negativt? Og hvordan kan begge disse to terapeutiske mekanismene bidra til pasientens affektoplevelse - og dermed bedring?

I såkalt *intensiv* KDP (Davanloo, 1990) konfronteres pasientens forsvar tidlig i behandlingsforløpet. Å utsette pasienter for denne type ”press” kan være nødvendig for karakterendring. Forsvaret kan ofte være så dypt forankret i pasienten, og derfor vanskelig å endre, at terapeutens sterke påpekninger blir nødvendige for å kunne befordre endring. Likevel antas en slik konfronterende stil å være uhensiktsmessig i tilfellene der pasienten ikke opplever tilstrekkelig trygghet i den terapeutiske relasjonen. Arbeid med forsvar og affekter i terapi, kan vekke følelser som skam, skyld og angst hos pasienten uavhengig av type behandlingsmodell. Når slike følelser fremkalles ved manglende trygghet i relasjonen til terapeuten, vil konfrontasjon oftest vise seg uhensiktsmessig for pasientens emosjonelle og relasjonelle læring.

For å utvikle trygghet i APT vektlegges ”the real therapeutic relationship”(McCullough Vaillant, 1997). En terapeutisk holdning preget av respekt, samarbeid og fleksibilitet, formidler et budskap om at pasienten, med sine oppfatninger og meninger, er verdifull. Pasientens opplevelse av å bli sett og hørt fungerer som et ”holding environment” som fremmer trygghet. Empatisk validering av pasientens forsvar, angstregulering, inntoning og fleksibilitet er også elementer ved APT-terapeuten som ivaretar pasientens behov for trygghet. Men er trygghet i behandling av affektfobi tilstrekkelig for oppnåelsen av affektoplevelse? Eller er det også nødvendig med fremprovoserende intervensjoner?

Gjennom et terapeutisk spørsmål som ”What images of him comes up with this sorrow?” (s. 28) fremkaller terapeuten en mental forestilling hos pasienten. Terapeutens utfordring var det som måtte til, i dette tilfellet, for at pasienten forestilte seg et tidligere unngått minne. Samtidig er det verdt å merke seg hvordan terapeuten i samme sekvens sier: ”Can you take me with you so it might be easier to bear?” I eksponeringen av et smertefullt minne tilbyr terapeuten sitt nærvær, og denne form for tilstedeværelse antas å være trygghetsskapende for pasienten. Utdraget viser hvordan pasientens overføring med APT-

terapeuten vekker både såre mentale bilder og følelsen av trygghet i pasienten. En overføring som rommer både gode og smertefulle følelser og tanker, antas å gi pasienten korrigerende emosjonell og relasjonell læring. Eksemplet ovenfor illustrerer hvordan terapeutens spørsmål fremprovoserer en forestilling i pasienten som videre gir en affektoplevelse. Samtidig illustrerer eksemplet hvordan terapeuten vektlegger den grunnleggende trygghet hos pasienten.

Et motsatt eksempel: I utdraget fra "The Unforgiven Teenager" (s. 13-14), ser vi hvordan terapeutens medfølelse vekker mistillit hos pasienten. På grunn av pasientens tidligere negative erfaringer med foreldrene, oppleves det vanskelig for henne å forstå og integrere at terapeuten virkelig bryr seg. Dette eksemplet kan belyse hvordan møtet med en empatisk og trygg terapeut vekker følelser hos pasienten. I pasientens overføring kom følelsen av mistillit frem til overflaten i terapitimen. Empati i den terapeutiske relasjonen kan dermed sies å ha hatt en fremprovoserende virkning på pasienten. Fremkallelsen synes likevel å ha vært hensiktsmessig, da den gjorde det mulig for terapeuten å arbeide med pasientens antagelse, regulere den inhiberende følelsen, og slik fremme større trygghet i relasjonen.

Eksempelene viser hvordan terapeutisk trygghet og fremprovosering, *sammen*, fremmer pasientens affektoplevelse under behandlingsforløpet. Men kan det noen ganger også skje uhensiktsmessig fremprovosering av følelser i terapi?

I kasuset "The Woman with Butterfly Feelings" (s. 24-25), forsøker terapeuten å hjelpe pasienten til å navngi en bestemt affektoplevelse, da hun har vanskeligheter med å sette ord på følelser. Selv om pasienten gir negativ respons, spør terapeuten likevel gjentatte ganger om hun føler noe. Med repeterende spørsmål kan terapeutens intervensjoner virke mer "pressende" enn terapeutiske. Som resultat av terapeutens aktive intervensjon, uttrykker pasientens tilslutt, "Yeah! I feel so dead inside". Utsagnet kan indikere oppnåelse av dypere affektoplevelse hos pasienten. Men i dette tilfellet, hvor terapeutens intervensjoner var så tydelige, blir det viktig å stille følgende spørsmål: Var opplevelsen hensiktsmessig for

pasientens bedring? En nærmere undersøkelse av terapeutens væremåte i sekvensen kan gi svar på dette.

I samspillet mellom terapeuten og pasienten ser vi hvordan pasientens negative svar fører til spørsmålgjentakelse fra terapeuten. Samtidig med sine gjentakelser, påpeker terapeuten at pasientens ansiktsuttrykk og historie er trist. Pasienten fortsetter å svare at hun ikke føler noe. For en APT-terapeut som ønsker å fremme affektoplevelse i terapi, kan pasientens manglende affektrespons vekke frustrasjon og irritasjon. Denne form for motoverføring kan utspille seg i den terapeutiske relasjonen, om følelsen forblir ubevisst hos terapeuten. Terapeutens manglende håndtering av slike fenomen kan føre til utvikling av et samspill preget av konkurranse istedenfor samarbeid. Konkurranse i en terapeutisk relasjon gir økt sannsynlighet for at terapeuten, med sine intervensjoner, vinner. I kasuset "The Woman with Butterfly Feelings" kan dette være tilfellet. Om konkurranse utspilles i relasjonen, kan pasientens utsagn til slutt være en form for overgivelse og føyelighet til terapeutens mening og oppfatning. Denne form for fremprovosert respons i pasienten, anses som både uetisk og uhensiktsmessig for pasientens bedring. Senere i sekvensen ser vi at pasienten får spørsmålet om hun er irritert på terapeuten. Pasientens svar verken bekrefter eller avkrefter dette. Om terapeutens antagelse er feil, og følelsen egentlig er i terapeuten selv, er vi her vitne til projisering. Om terapeuten er irritert, vil dette igjen bekrefte antagelsen om at samspillet i relasjonen bar preg av konkurranse. Ubevissthet og manglende håndtering av motoverføring i APT antas å virke negativt inn i behandlingsforløpet, da pasienten kan oppleve et "press" fra terapeuten om å føle en viss følelse. Et slikt samspill i den terapeutiske relasjonen antas å gi pasienten en mer negativ relasjonell og emosjonell erfaring. Denne form for affektfremprovosering i APT anses derfor som mer destruktiv enn konstruktiv. Fremfor å bryte negative relasjonelle mønstre, virker terapeuten med på å opprettholde dem.

"The real therapeutic relationship" defineres som en relativt "overføringsfri" terapeutisk

relasjon (McCullough Vaillant, 1997). Den aktive APT-terapeuten gir derfor tentative forslag om hva pasienten, både verbalt og non-verbalt, uttrykker av følelser. Riktig terapeutisk håndtering av slike intervensjoner, forutsetter bevissthet om egne følelser. Som pasienten bringer også terapeuten med seg sine følelser i terapi, da følelsene er en viktig del av ham eller henne. I følge Tomkins teori fungerer følelsene som forsterkere. Dette gir en antagelse om at terapeutens følelser kan forsterke pasientens følelser - og motsatt. Sagt på en annen måte: terapeutens egne følelser kan fremprovosere følelser i pasienten. At følelsene utøver innflytelse på hverandre mellom partene i den terapeutiske relasjon, gjør terapeutens håndtering av følelser desto viktigere, hos både han eller henne selv og hos pasienten. Arbeid med følelser krever både terapeutisk mot, men også sindighet. Balansen mellom aktiv involvering og fremprovosering er ikke alltid like selvsagt. I APT-modellen forventes det tilfeller av uhensiktsmessig fremprovosering, da arbeid med følelser foregår i en relasjon hvor affektkonflikter utarter seg. Ethiske problemstillinger som omhandler respekt for pasienten, blir derfor aktuelle. At det hele dreier seg om et motivasjonssystem som påvirker atferd, fordrer også en terapeutisk holdning preget av bevissthet og ydmykhet i arbeidet med pasientens følelser. Dette vil være formålstjenlig for en KDP-modell som APT hvor arbeid med pasientens følelser står i et slikt fokus.

Avsluttende bemerkninger

Denne deskriptive analysen av McCulloughs behandlingsmodell, APT, har søkt å belyse hva pasientens følelser i terapi er et resultat av. Det er i den terapeutiske relasjonen (T) at pasientens affektkonflikter utspiller seg og håndteres. Derfor har fenomener i terapi som overføring og motoverføring blitt vektlagt i drøftningen. Analysen har dermed blitt gjort i lys av både pasientens overføring til terapeuten, terapeutens motoverføring og de ulike intervensjonene som APT-terapeuten tar i bruk. Antagelsen har vært at både fremprovosering

og trygghet fungerer som gjennomgående mekanismer som fremmer affektopplevelse.

Illustrasjoner fra kasusbeskrivelser har bekreftet denne antagelsen. Utdrag fra kasus har også vist eksempler på uhensiktsmessig fremprovosering i behandlingsforløpet.

Referanser

- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529. doi:10.1037/0033-2909.117.3.497
- Critz- Christoph, P., Barber, J.P. (1991). *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: BasicBooks.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo*. Chichester: John Wiley & sons.
- Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotion: New findings, new questions. *Psychological Science*, 3, 34-38. doi:10.1111/j.1467-9280.1992.tb00253.x
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Fosha, D. (1992). The interrelatedness of theory, technique and therapeutic stance: A comparative look at Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Accelerated Empathic Therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 7, 157-176.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press. doi:10.1177/00030651970450011003
- Holinger, P. C. (2008). Further issues in the psychology of affect and motivation: A developmental perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 425-442. doi:10.1037/0736-9735.25.3.425

- Izard, C. E. (1990). Facial expressions and the regulation of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 487-498. doi:10.1037/0022-3514.58.3.487
- Malan, D. H., & Della Selva, P. C. (2006). *Lives transformed: A revolutionary method of Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac.
- Malan, D. H., & Osimo, F. (1992). *Psychodynamics, training, and outcome in Brief Psychotherapy*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 8, 82-97. doi:10.1093/clipsy/8.1.82
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-Term Anxiety-Regulating Psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: BasicBooks.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of Brief Psychodynamic Therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic books.
- Ogden, P., Pain, C., & Minton, K. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.

- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Tomkins, S. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 306-329. doi:10.1037/0022-3514.41.2.306
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., Flegenheimer, W., Kestenbaum, R., & Trujillo, M. (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 188-193. doi:10.1097/00005053-199104000-00002